

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Miloche T. SIMOVITCH

Né à Kragoujevatz, le 16 janvier 1896

AFFECTIONS POTTIQUES

ET

AFFECTIONS RÉNALES

DIFFICULTÉS POSSIBLES DE LEUR DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Président : M. P. DELBET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	De LAPERSONNE.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Augusto
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DOVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 DE JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ECALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment^{le}.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE..... Pathologie médicale.
 RICHEL Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 STROHL..... Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUCEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTIERER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infan- tile.
LÉRI	Clinique médicale.
LÉPER	Clinique médicale.

M^m.

OMBREDANNE.	Clinique chirurgicale in- fantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Éducation physique. Radiologie clinique.
FREY.....	
N.	
LEDOUX-LEBARD.....	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

SVETISLAV SIMOVITCH

Colonel d'infanterie
Commandant la brigade de Morava.

A MON FRÈRE

DOUCHAN SIMOVITCH

Colonel d'état-major

Chef d'état-major de la IV^e armée serbe-croite-slovène.

*En témoignage de ma grande
affection et de ma profonde recon-
naissance et en remerciement de la
sollicitude constante avec laquelle
il a suivi mes études.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital Cochin
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

MAURICE CHEVASSU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.*

*Témoignage de respectueuse re-
connaissance.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS PIERRE DELBET
ET HENRI ROGER

MM. LES DOCTEURS POTHÉRAT, CAUSSADE

MM. LES PROFESSEURS SERGENT,
BRINDEAU, MARFAN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURICE CHEVASSU

AFFECTIONS POTTIQUES

ET

AFFECTIONS RÉNALES

DIFFICULTÉS POSSIBLES DE LEUR DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de chirurgie urinaire de notre maître, M. le professeur agrégé Chevassu, plusieurs malades atteints de mal de Pott, ou considérés comme tels, dont le diagnostic a présenté de réelles difficultés.

Nous écrivons cette thèse pour publier ces observations et pour les rapprocher de quelques autres observations déjà publiées.

Il est intéressant de voir que toute la symptomatologie rénale ait pu être réalisée en partie dans différents cas de mal de Pott : pyurie, polyurie, hématurie, albuminurie, douleurs, tumeur.

Nous exposerons d'abord les cas, que nous avons observés, dont voici le premier :

Obs. I. — C'est un malade de 36 ans, peintre, passé le 12 décembre 1923 du service de notre maître, M. le professeur Pierre Delbet, avec le diagnostic de tumeur du rein gauche. Il s'agissait d'un pottique incontestable. Dans son flanc gauche existait une tumeur, ressemblant absolument à un gros rein.

M. Delbet l'envoyait dans le service pour que fut infirmé ou confirmé, par les moyens habituels, le diagnostic de lésion rénale.

Le malade présentait en fait trois lésions, que nous décrirons successivement :

Un mal de Pott dorso-lombaire ;

Un rétrécissement uréthral ;

Une tumeur en zone rénale gauche.

I. *Mal de Pott.* — En 1911, sans douleur, ni gibbosité, apparition de deux abcès froids, l'un dans la fosse iliaque gauche, l'autre dans la région lombaire droite, tous deux soignés chez M. le professeur Quénu, par des ponctions, et peu à peu asséchés.

Le malade quitte l'hôpital après un mois de séjour, et peut reprendre son travail.

Aucun trouble consécutif jusqu'en 1920, et c'est par hasard que le malade remarque une petite saillie sur la colonne vertébrale dans la région dorso-lombaire le gênant seulement lorsqu'il s'assoit.

En novembre 1922, apparition de névralgies sciatiques droites à répétitions, durant jusqu'en mars 1923 ; à cette date la gibbosité se confirme, formant une saillie nette, anguleuse et médiane. Le malade est vu par M. le Dr Lascombe, qui prescrit, comme traitement, le séjour à la campagne avec immobilisation horizontale complète au lit, sans plâtre cependant, et héliothérapie.

II. *Rétrécissement.* — En 1920, sans jamais avoir

présenté de blennorrhagie, le malade commence à avoir de la gêne à la miction : jet faible, mictions longues. Il consulte en juillet 1920 : on trouve un rétrécissement urétral, que l'on traite par des dilatations au béniqué jusqu'à un calibre assez gros, au dire du malade. Après les dilatations, amélioration passagère jusqu'en novembre 1922, où la miction devient de nouveau difficile. A Necker, où il retourne, on ne peut lui passer qu'une filiforme. Désormais le malade ne suit plus aucun traitement sur son urèthre et garde un rétrécissement serré quasi infranchissable.

III. *Tumeur lombaire.* — A son retour de la campagne en novembre 1923, le malade alité pour son mal de Pott depuis six mois, est vu par M. le docteur Lascombe. L'état général paraît satisfaisant. Le malade avait gagné plusieurs kilogrammes et ne se plaint d'aucune douleur. Cependant il avait remarqué dans son côté gauche l'apparition d'une tumeur, qui augmente progressivement de volume. A l'examen médical, cette tumeur paraît arrondie, déborde d'environ quatre travers de doigt le rebord costal ; le bord externe est franchement lombaire et le bord interne arrive à la ligne médiane. Elle ne paraît pas fluctuante et semble mobile avec les mouvements du diaphragme, et cette mobilité fait penser à un rein, le malade ayant en plus les urines louches, sans autres symptômes urinaires. Un mois plus tard, le malade revu dans le service de M. le professeur Delbet, montre les mêmes symptômes, si ce n'est

que la tumeur paraît plus latérale, c'est-à-dire franchement lombaire, son pôle intérieur légèrement descendu, non fluctuante, mollace cependant. Le diagnostic porté est : « gros rein gauche », presque monosymptomatique, sans hématurie, sans cystite, mais les urines sont louches. Chez ce pottique on pense à une tuberculose rénale et le malade est passé dans le service de M. le professeur agrégé Chevassu.

Examen actuel du malade :

I. *Mal de Pott.* — Cyphose médiane angulaire au niveau de la première lombaire. Les réflexes sont normaux. Sur la radio on voit que la première et la deuxième lombaires sont effondrées.

II. *Troubles urinaires.* — Rétrécissement très serré de l'urèthre périnéo-bulbaire, admettant à peine une filiforme ; pas de pollakiurie, ni d'hématurie ; mais à l'épreuve de trois verres : dans le premier, gros flocons purulents et urines louches, dans les deux autres les urines sont louches uniformément, ne s'éclaircissant ni par l'acide acétique ni par le chauffage.

Le toucher rectal montre un lobe droit prostatique gros, irrégulier, semé de granulations.

III. *Tumeur lombaire.* — Masse volumineuse remplissant le flanc gauche, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic, à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal, restant à quatre travers de doigt de la ligne médiane.

a) Elle ressemble à un gros rein : par son siège,

par son contact lombaire et son ballottement entre les deux mains, antérieure et postérieure, qui la palpent.

b) Mais trois signes sont assez particuliers : 1° elle donne l'impression d'une poche mal tendue, à contenu liquide ; quand on la comprime elle devient élastique et rénitente ; elle se gonfle par la pression postérieure ; 2° elle ne descend pas vers le thorax, quand on met le malade dans la position très déclive. Au contraire elle semble remonter de quelques travers de doigt vers le bassin ; 3° on trouve en avant et en dedans un peu de sonorité, probablement côlique ; en dehors, en deux points bombés et plus saillants, la tumeur est franchement mate.

Il n'y a pas eu d'examen fonctionnel à cause de son rétrécissement.

L'azotémie étaient de 0,39.

M. Chevassu pense à un abcès froid et examine le malade à la radioscopie avec M. le Dr Maingot.

Radioscopie. — a) Examen direct de la masse, qui se montre arrondie, à contours flous, sans aspect habituel d'un rein ; b) insufflation rectale à l'anhydride carbonique montrant : 1° une bande de clarté interposée entre la paroi et la moitié interne de la tumeur, la moitié externe restant opaque ; 2° le colon semble passer devant la moitié interne de la tumeur. Pour confirmer cette impression : c) on pratique un lavement baryté montrant admirablement que le colon passe devant la partie interne de la tumeur et est comprimé par elle, l'ombre de la

tumeur ayant été repérée par un cercle métallique.

Conclusion : le diagnostic de gros rein gauche est inadmissible, celui d'abcès par congestion semble très probable.

Une ponction a été faite ultérieurement dans la masse et a démontré qu'il s'agissait d'une poche d'abcès par congestion.

Dans le cas étudié, le diagnostic de la complication de mal de Pott, quoi qu'un peu tardif, n'a pas eu de gros inconvénients, le malade étant toujours immobilisé et traité comme pottique, mais il est intéressant de voir, qu'en présence d'un mal de Pott confirmé, cliniquement et radiologiquement, avec abcès froids antérieurs depuis douze ans et sciatique, — l'impression clinique de ce nouvel abcès était telle, que l'on penchait vers une lésion rénale. •Témoin le passage du malade dans un service de voies urinaires. Il est vrai que le malade a présenté de légers troubles urinaires, mais ils n'avaient qu'un rapport incertain avec la symptomatologie d'une tumeur rénale. Les urines totales louches, qui pourraient être rattachées à une lésion rénale, n'ont pas été bien prises en considération.

Le second cas, que nous avons observé est une autre forme clinique, où le mal de Pott est resté longtemps ignoré. Sa première manifestation était des douleurs lombaires, auxquelles s'ajoutait une tumeur du flanc droit. Etant donné que le mal de

Pott a été tout à fait méconnu, il est manifeste, que le défaut d'un diagnostic exact a eu une grande importance au point de vue du traitement. La malade n'a pu bénéficier du traitement précoce et nous savons, en matière des lésions pottiques, que la thérapeutique est d'autant plus efficace qu'elle a été instituée plus tôt.

Obs. II. — Mlle X..., âgée de 25 ans, domestique, entre dans le service de M. le professeur agrégé Chevassu, le 5 avril 1923, pour des douleurs lombaires apparues depuis dix mois environ. Douleurs vagues au début dans la région lombaire, s'accroissant rapidement et s'accompagnant d'une sensation de masse plus ou moins mobile dans l'hypocondre droit. La douleur est localisée à la région lombaire droite et n'est que très rarement symétrique du côté gauche.

Les urines sont restées toujours claires et il n'y a jamais eu d'hématurie.

Comme antécédents personnels : réglée à 13 ans et demi, d'une façon irrégulière, avec leucorrhée abondante et qui va nettement en augmentant. A 22 ans crise de rhumatisme articulaire, qui cède au salicylate, et qui dure un mois.

Examen le 9 avril 1923. — Exploration non instrumentale : on sent le pôle inférieur du rein droit avec une masse sous-hépatique, dure, mobile avec la respiration, ballottant entre les deux mains. L'exploration de la vulve, de l'urèthre, de la vessie ne

montre rien d'anormal. Toucher vaginal normal ; les orifices urétéraux non sensibles au toucher vaginal. Cinq mictions diurnes, 2 mictions nocturnes, non douloureuses, avec urines claires dans les 3 verres.

Poumons : légère submatité au sommet gauche.

Cœur : rien à signaler.

Système nerveux : Pas de troubles notables. Les réflexes ne sont pas exagérés. L'état général est médiocre, avec langue saburale, parfois de petites nausées et avec la température légèrement au-dessus de la normale, atteignant souvent 38, 38 2. Azotémie 0,43 ; constante d'Ambard 0,099.

La cystoscopie, pratiquée le 7 avril, montre une vessie normale ; une séparation des urines, par cathétérisme urétéral de l'uretère droit, une sonde vésicale recueillant les urines du rein gauche, montre un fonctionnement absolument semblable des deux reins. Rien au point de vue bactériologique.

On complète l'examen par une radioscopie, une première radiographie de l'appareil urinaire n'ayant montré que des taches très vagues entre la première et la troisième costales lombaires. Cet examen pratiqué le 21 avril et après insufflation colique, montre que l'aire hépatique excède les dimensions normales. Une saillie peu prononcée se dessine sur le bord droit de la troisième et quatrième lombaires et plusieurs radiographies prises dans différentes positions ne révèlent l'existence d'aucune tache susceptible de représenter un calcul.

Etant donné que la radio n'a rien montré de précis, et se basant sur les signes cliniques (masse dure, mobile avec la respiration, ballottant entre les deux mains, etc.), la malade sort avec le diagnostic de rein ptosé. On lui recommande de porter une ceinture. Pendant quatre mois la malade se repose et n'éprouve aucune douleur. Elle reprend son travail au mois de septembre. Mais deux mois après, en novembre 1923, les douleurs lombaires droites réapparaissent, peu violentes au début, sourdes, profondes et continues et dont l'intensité ira en augmentant. De plus, apparaît une tumeur fluctuante au niveau du triangle de Scarpa gauche empêchant la malade de marcher. Et c'est sur ces symptômes que la malade se décide à rentrer à l'hôpital le 17 janvier 1924.

A cette époque les douleurs lombaires sont continues, sans crises aiguës, non améliorées par le repos. Les mictions toujours indolores : deux à trois fois le jour, deux à quatre fois la nuit. Les urines totales limpides. A la palpation le rein gauche n'est pas perceptible, la fosse lombaire est souple ; par contre, du côté droit, on a une impression de tension, et plus bas la sensation d'une poche liquide descendant jusqu'à la crête iliaque — mate — débordant cette crête de trois travers de doigt. Les deux mains, droite et gauche, donnent nettement l'impression que l'on a affaire à un abcès froid. Mais quel est le point de départ ? L'examen clinique ne permettant de le préciser, c'est sous la radio que

l'on ponctionne la tumeur droite au point déclive. On vide 1 litre et demi de pus grumeleux, nettement d'abcès froid, que l'on remplace par 750 grammes de liquide de Calot (1) espérant que la différence de densité des liquides permettra de préciser le point de départ. Mais malgré toutes les investigations, les radiographies ne permettaient de préciser aucune lésion des corps vertébraux.

A ce moment la malade est suivie de très près comme une tuberculose vertébrale non encore perceptible. Le diagnostic avec une lésion rénale est à peu près écarté — et c'est quelque temps après, qu'apparaît une exagération de réflexes principalement à droite, quelques douleurs dans la colonne vertébrale et en ceinture, des irradiations dans les membres inférieurs, principalement la nuit, assurant le diagnostic d'un mal de Pott dorso-lombaire.

Dans le cas étudié, il a fallu que l'évolution de la maladie agrandisse un peu le cadre symptomatique pour arriver au diagnostic après de nombreux examens. Au début on avait pensé à un mal de Pott, mais rien ne permettait de le considérer comme chose probable. M. le professeur Delbet a insisté, avec juste raison, sur l'hyperréflexivité au début des maux de Pott, encore méconnus. Ici même ce signe étant absent, avec les autres signes de début d'un mal de Pott, la chose la plus rationnelle était de

1. On a vidé en fin d'examen la grande partie de liquide de Calot.

rattacher ces douleurs à la ptose rénale. La pathogénie de ces douleurs est difficile à établir. Est-ce la compression des troncs nerveux par abcès ossifluant ou la spondylite, qui peut ne pas se manifester radiologiquement ? La chose la plus vraisemblable nous paraît, que les douleurs ont été provoquées par des lésions des corps vertébraux, d'autant plus que la pression sur l'abcès n'exagérât pas la douleur spontanée. M. Chute donne 5 observations d'ostéoarthrite chronique non tuberculeuse, dont une d'origine gonococcique, confondue avec des douleurs urinaires. D'ailleurs les variétés des symptômes d'origine nerveuse, résultant d'une spondylite, ont été décrites par Marie et von Bechterew et en Amérique on trouve aussi quelques contributions à cette littérature (Mac Crae et Vanderhoof).

La troisième de nos observations se rapporte à un malade, qui a été néphrectomisé d'une tuberculose rénale droite et qui évolue vraisemblablement vers un mal de Pott avec abcès froid, mais dont le diagnostic a été très longtemps incertain.

Obs. III. — M. L..., 22 ans, est un ancien néphrectomisé pour tuberculose, dont voici l'histoire résumée :

Depuis décembre 1920, il présente des mictions très fréquentes, très douloureuses, très troubles, s'accompagnant d'une petite hématurie terminale. Ces phénomènes s'accompagnent des douleurs lombaires imprécises.

Entré dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin, salle Reclus, le 7 février 1921, on constate que les mictions sont nombreuses le jour et la nuit. Les urines sont troubles dans les trois verres et contiennent de nombreux polynucléaires dégénérés et d'assez nombreux bacilles de Koch (examen de M. le D^r Gautier).

Examen physique. — Palpations : douleurs pré-vésicales ; pôle inférieur du rein droit perceptible. Toucher rectal : prostate normale. Contenu scrotal normal.

L'état général est bon, mais l'attention est attirée par une tachycardie prononcée avec frottements péricardiques systoliques, sur l'examen desquels M. le D^r Laubry porte le diagnostic de péricardite. Les poumons semblent normaux à l'examen, mais la radio montre un voile des deux sommets.

La cystoscopie, le cathétérisme des urètres, l'examen des urines séparées permettent de conclure à une tuberculose du rein droit.

L'azotémie = 0,37 et la constante uréique = 0,071.

Le 11 mars 1921, M. Chevassu pratique la néphrectomie droite. Le rein enlevé présente plusieurs cavernes agglomérées au pôle supérieur. Suites simples, sans complications cardiaques ni péricardiques.

Le malade sort le 11 avril 1921 dans un bon état général et avec une bonne cicatrice. Mais ses urines sont encore louches, et il urine encore la nuit.

Six mois après le malade revient, se plaignant du

côté gauche. On est tout près à accuser d'abord une tuberculisation du rein conservé, mais à l'examen clinique, on constate l'existence d'une tuméfaction fluctuante occupant la fosse iliaque gauche, en partie réductible, et ayant tous les caractères d'un abcès froid.

On pratique sous l'écran radioscopique une ponction de la poche fluctuante, et après en avoir retiré du pus typique d'abcès froid, on y injecte du liquide de Calot, dont l'opacité aux rayons X est considérable. On constate ainsi que la poche iliaque remonte dans la région lombaire et se termine en pointe vers le flanc gauche de la deuxième lombaire.

On pense donc à la possibilité d'un abcès par congestion dû à un mal de Pott, mais la colonne vertébrale est tout à fait souple, les réflexes sont normaux. La radiographie de la colonne dorso-lombaire n'y montre d'ailleurs rien d'anormal. Sans oser éliminer d'une façon absolue le diagnostic du mal de Pott, on pense plus volontiers à une tuberculose d'origine ganglionnaire — et peut-être développée dans les ganglions rénaux du côté gauche, infectés par la communication que l'on sait exister entre les ganglions lymphatiques des deux reins. Mais un tel diagnostic n'a, bien entendu, rien de formel.

Par la suite, le malade a été ponctionné de temps en temps et son abcès froid a fortement regressé.

Examiné le 20 mars 1924, c'est-à-dire dix-huit mois après la première constatation de son abcès

par congestion, il se trouve dans l'état suivant :

L'abcès a tendance à regresser. Il constitue seulement une collection limitée formant une saillie transversale, haute de deux travers de doigt, siégeant au-dessus de l'arcade crurale gauche, et ne paraissant plus remonter vers les lombes. La tumeur n'est pas réductible et ne communique pas avec la racine de la cuisse.

La colonne vertébrale est « muette », pas de douleurs, pas de raideur, pas de déformations. Malgré les conseils de repos qu'on lui a donnés, le malade, grand amateur de sports, fait des exercices physiques, sans s'apercevoir même de l'existence de ses lésions.

Il est revenu cette fois à Cochin parce que ses urines redeviennent plus troubles, et que sa vessie est plus sensible. On s'assure, en glissant pendant quelques minutes une sonde urétérale à l'embouchure de l'uretère du côté conservé, que les urines du côté gauche sont absolument limpides et ne contiennent pas de polynucléaires. L'état général reste bon. Le frottement péricardique persiste. La cicatrice de la néphrectomie droite est toujours parfaite.

Le diagnostic d'abcès par congestion de mal de Pott reste toujours discutable. Cependant un dernier examen des réflexes a donné les résultats suivants : réflexes rotuliens très vifs et égaux; réflexes achilléens vifs et spasmodiques; pas de troubles de sensibilité.

Il semble donc que, malgré tout, une symptoma-

tologie médullaire apparaisse et qu'il soit plus prudent d'admettre à l'heure actuelle le diagnostic de mal de Pott.

Nous avons cherché dans la littérature à voir si ces cas sont fréquents. Nous n'avons trouvé que quelques observations rares, en France et à l'étranger, que nous rapportons ici.

Cappelle dans sa thèse en 1920, sur le diagnostic de mal de Pott, sur 120 observations, cite deux cas où une erreur de diagnostic entraîna une intervention rénale. Chez le premier de ces malades on avait fait une décapsulation du rein droit pour lithiase rénale. Quinze jours après, on fait une néphrectomie droite d'urgence, à cause des hématuries abondantes, survenues quelques jours après la décapsulation. Vingt jours après l'opération, apparition d'abcès froid tuberculeux gauche. Cappelle ne fait aucun rapport sur l'état du rein néphrectomisé. Son observation ne donne pas une description clinique nette de sa pensée et nous ne pouvons savoir, s'il n'y a pas eu lésions vertébrale et rénale concomitantes.

La deuxième observation est un malade opéré pour lithiase rénale gauche et qui fait par la suite des abcès sur sa cicatrice, et finalement, neuf mois après son opération, un mal de Pott dorso-lombaire est constaté à la radiographie.

A l'appui de ces deux cas de mal de Pott pris et traités pour lithiase rénale, il cite un cas que lui a rapporté M. le Dr Andrieu, de Berck, où une inves-

tigation radiographique pour calcul du rein amena la découverte d'un mal de Pott.

Cappelle donne encore deux cas de maux de Pott, où on avait recommandé l'application d'une ceinture avec pelote pour ptose rénale.

Roquel, « à propos de quelques difficultés de diagnostic », cite l'observation suivante :

Obs. IV. — « M. Vincint nous est conduit avec le diagnostic de rein flottant. Il s'agit d'un artilleur, âgé de 42 ans, qui s'est plaint, il y a huit mois, d'une tuméfaction et d'une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite et la région du rein droit. On le considère comme peu malade ; après quelques repos à l'infirmerie, il reprend son travail qu'il obtient de diminuer et de choisir un peu. Au cours de ces travaux moins fatigants, il est souvent arrêté par des douleurs toujours siégeant au même point. Il va trouver de nouveau un médecin, qui diagnostique une altération rénale, probablement un rein flottant, et l'envoie à l'hôpital.

« A l'examen on trouve non à proprement parler une tuméfaction, mais plutôt une tension des muscles de l'abdomen, plus marquée à droite, mais existant aussi à gauche. L'examen méthodique en avant et en arrière permet de déceler une douleur au niveau de la région lombaire sur la ligne médiane. Les mouvements de la colonne vertébrale apparaissent enraidis et l'examen des réflexes patellaires donne une légère exagération d'amplitude.

« Le diagnostic paraît donc être : mal de Pott siégeant au niveau de la région lombaire. L'examen radiographique confirme le diagnostic. On constate une lésion manifeste de la III^e et de la IV^e lombaire .»

Roederer écrit en 1923 : « L'an dernier encore, nous avons soigné deux maux de Pott, dont les abcès avaient été ouverts opératoirement par des chirurgiens considérables, qui croyaient se trouver en présence d'un abcès périnéphrétique. »

Puel dans sa thèse d'agrégation en 1878, au chapitre du diagnostic différentiel, signale un cas de mal de Pott avec hydronéphrose par compression de l'uretère, dont l'observation ainsi que la pièce anatomique ont été présentées à la Société anatomique (séance du 15 mars 1878).

Nous ne savons pas, si ce cas appartient en propre à ce chapitre, car il paraît ne pas y avoir seulement la simulation de symptômes, mais co-existence d'une lésion rénale, secondaire à un mal de Pott.

Nous allons traduire presque en entier l'article de M. Foerster : « Tuberculose de la colonne vertébrale ressemblant à une pyélite ». Nous verrons que le défaut de diagnostic exact a été suivi d'une néphrectomie inutile avec disparition passagère des symptômes, qui ont repris de la même façon quelque temps après l'opération.

« Il arrive très rarement, écrit-il, qu'une lésion

de la colonne vertébrale, suffisamment étendue pour provoquer une compression nerveuse, n'entraîne pas forcément une diminution de la motilité. Mais c'est par hasard qu'il s'agit d'un cas pareil. Il en a résulté qu'à l'examen par la position couchée et par les mouvements, il n'a pu conclure à une douleur typique. Mais si la douleur est produite par la pression des cordons nerveux, ces nerfs sont plus ou moins atteints et par conséquent on devrait y trouver, et on y trouve la paresthésie et les troubles de la sensibilité dans le territoire de ces nerfs, et assez fréquemment même de troubles des réflexes. Les troubles trophiques et de motilité apparaissent tardivement. Si on avait prêté toute l'attention que méritent ces symptômes nerveux précoces de mal de Pott, il croit, qu'il aurait pu éviter l'erreur de diagnostic faite dans ce cas, et qui consiste :

« En des paroxysmes douloureux, siégeant d'un côté, simulant une colique rénale ; fièvre intermittente et pyurie ; examen cystoscopique révélant du pus du côté du rein correspondant au côté douloureux ; examen clinique et radiographique de la colonne vertébrale négatif ; néphrectomie ; plus tard apparition d'une cyphose et signes de mal de Pott.

Obs. V. — « Le malade entre le 9 novembre 1919, se plaignant d'une douleur sourde dans la région lombaire ; de douleurs lancinantes, aiguës dans la partie inférieure du sternum lors de la déglutition des aliments ; légère toux ; hématurie ; rien de spé-

cial dans les antécédents familiaux. Le malade a toujours été bien portant. « Fièvre intermittente » il y a trente-neuf ans ; rhumatisme aiguë, il y a trente-deux ans ; cette dernière maladie l'ayant obligé de s'aliter pendant quelques mois ; jamais de rechutes. Il y a quinze ans luxation du fémur droit, laissant comme sequelles une claudication légère. Poumons, cœur, appareil digestif normaux. Vie régulière, travail moyen d'un employé. La maladie actuelle a commencé en décembre 1918, correspondant à une période d'un travail forcé. Ses forces auraient diminué progressivement et il croit avoir perdu environ 50 livres. Sur l'avis de son médecin, arrêt du travail pendant quelques mois et durant ce temps, il aurait retrouvé un peu de ses forces. Il se trouva très bien jusqu'à deux semaines avant son entrée à l'hôpital. A ce moment il prend froid, mais il n'abandonne pas le travail. Une semaine plus tard, il remarque du sang dans ses urines. En même temps mictions fréquentes avec sensation de brûlure. De légers œdèmes de la face, des mains et des pieds. Huit jours avant son admission, il a un frisson et reste quatre jours sans travailler. Quatre jours après il recommence le travail, quoique se sentant très fatigué. Depuis deux jours il sent des douleurs lancinantes dans la partie inférieure du sternum ; cette douleur existe encore, elle est exagérée par la déglutition des aliments ; l'anorexie est assez prononcée.

« *Examen physique.* — Le jour de l'entrée on constate une légère fièvre, 37°8 ; pouls et respiration

normaux. Léger subictère qui donne l'impression qu'il s'agit d'une maladie aiguë. Cependant absence de symptômes pathologiques dans les différents appareils, si ce n'est que quelques râles à la base des deux poumons. Pas d'œdème des membres.

« Urines contiennent une quantité considérable d'albumine avec hémoglobine, mais pas de globules rouges. A cause de la persistance de l'hémoglobinurie et l'absence de tout autre symptôme, le cas pourrait passer pour une hémoglobinurie paroxystique, mais le diagnostic exact n'a pu être établi. L'examen fonctionnel des reins montre un fonctionnement rénal normal. L'hémoculture est négative. Le cours de la maladie fait penser à une infection de faible virulence. La courbe thermique se maintient entre 37°2 et 37°7, avec des élévations à 38°8 et même à 40 degrés, mais qui dure un jour. Les urines ont toujours montré une augmentation de nombre des globules blancs. Microscopiquement le pus a été observé seulement à deux occasions. Cette apparition de pus coïncidait toujours avec une forte élévation de température, qui s'accompagnait souvent de crises douloureuses paroxystiques, se greffant sur des douleurs lombaires sourdes, vagues et continues. Ces crises étaient parfois si intenses qu'elles nécessitaient l'emploi de la morphine. Plusieurs examens radiologiques furent pratiqués, mais en vain, pour la recherche d'un calcul.

« Examen cystoscopique montra une vessie normale. Dans l'uretère droit présence de pus et de

sang, au contraire du côté gauche urines parfaitement claires. La pyélographie montre un bassinot droit distendu. Dans aucun des échantillons la présence de bacilles de Koch n'a été constatée.

« Tandis qu'il apparaissait probable qu'il s'agissait d'une infection du rein droit, l'intensité des douleurs, que le malade éprouvait, semblait être disproportionnée, et pour cette raison un nombre d'examens de la colonne vertébrale et de radiographies ont été faits afin de découvrir, si possible, un signe de la tuberculose ou d'arthrite vertébrale. Aucun signe de certitude n'a pu être établi.

« Après une longue discussion, l'ablation du rein droit est décidée. Opération le 22 janvier 1922. Le rein enlevé présente quelques signes de néphrite chronique avec une pyélite chronique très légère. Après l'opération le malade se portait très bien, la température devient normale, et la douleur, qui était tellement persistante, disparaît également. Le malade quitte le service le 6 février dans un bon état de santé apparente.

« *Histoire post-opératoire.* — Bonne évolution pendant les deux mois qui suivent l'opération. A cette époque les douleurs lombaires réapparaissent. Ces douleurs d'abord sourdes, deviennent plus intenses et prennent un caractère lancinant. Au commencement d'avril la douleur commence à s'irradier aux deux jambes, puis aux pieds, et à ce moment la douleur paraît être également intense des deux côtés, le malade entre de nouveau dans le service le 12 avril 1922.

« *Examen physique.* — A ce moment le point le plus manifeste est une angulation très prononcée de la douzième dorsale et de la première lombaire. A la palpation on constate de l'empâtement à ce niveau. La température oscille entre 38°8 et 39°2. L'examen radiographique démontra un processus destructif tout à fait caractéristique d'une tuberculose vertébrale. »

M. Blaine donne quatre observations, où la symptomatologie du mal de Pott était celle de calculs rénaux et urétéraux. Il indique que c'est presque toujours l'absence de signes de calculs, sur la radio, qui fait penser à une autre cause. Mais malgré l'absence de signes radiographiques, on peut quand même penser à la lithiase rénale (calculs perméables aux rayons: à cause de leur nature, ou par toute autre cause) et c'est ce qui explique que des malades sont opérés. Cependant M. Blaine considère que très peu de diagnostics radiographiques négatifs pour calculs, ont été trouvés inexacts à l'opération et la majorité des rapports de chirurgiens confirme l'œuvre du radiologue. Mais certains maux de Pott suggèrent d'une façon surprenante l'idée de lithiase uretéro-rénale. Dans quelques exemples les signes sont si complets que même le sang a été trouvé dans les urines. Cependant, une analyse serrée des symptômes montrera quelques différences pouvant orienter le diagnostic. Ainsi la douleur ne peut pas être assez aiguë pour exiger les calmants et la crise

typique de colique néphrétique ne peut pas se produire, ou la douleur ne peut pas se propager vers les organes génitaux, etc.

L'exposé de M. Blaine se rapporte particulièrement au groupe de cas, qui cliniquement simulent le calcul du rein, mais l'examen radiologique montre toute absence de l'ombre de calcul et cependant une altération osseuse atteignant les bords des vertèbres lombaires et très souvent des vertèbres sus-jacentes. Ces bords sont très proches du rein et de la partie supérieure de l'uretère. Ces altérations sont révélées par des ombres indiquant la spondylite de degrés variables. M. Blaine essaie d'expliquer la douleur, ainsi que les autres symptômes, qui sont plus ou moins caractéristiques du calcul rénal, par la proximité de l'atteinte vertébrale avec la région rénale. Les altérations vertébrales si légères qu'elles puissent être, sont des facteurs qui peuvent endommager les structures délicates voisines, telles que les cartilages intervertébraux et les tissus musculaires adjacents. Elles peuvent être suffisantes pour provoquer une suppuration de ces tissus, dans lesquels se ramifient des petits vaisseaux sanguins et des nerfs, spécialement si le malade accomplit un travail exigeant un effort musculaire considérable de la masse sacro-lombaire ou une grande flexion de la colonne vertébrale. Quelques malades décrivent une douleur soudaine, très aiguë, qui disparaît progressivement avec le repos et la position couchée.

Dans un des cas dont l'observation est traduite ici, et qui d'ailleurs a donné lieu à cet article de M. Blaine, l'hématurie a été observée et celle-ci, accompagnée de la douleur soudaine et aiguë, était considérée due à un calcul rénal.

Obs. VI. — « La douleur était presque entièrement du côté droit, dans la région lombaire supérieure, douleur en ceinture irradiant vers la face antérieure du corps, vers les cuisses, mais sans irradiations vers les organes génitaux, ni le périnée. La douleur augmentait quand le malade était debout, par le mouvement, douleur par conséquent plus intense le jour, diminuant notablement la nuit, sans disparaître tout à fait cependant. Bien que tout à fait aiguë de temps à autre, elle n'était jamais suffisamment intense pour que l'on dut recourir aux calmants. Certaines positions augmentaient cependant la douleur. Le malade a présenté une hématurie, mais ceci est arrivé une seule fois à sa connaissance. Cet état dura plusieurs semaines, durant lesquelles une seule analyse d'urines montra du sang et quelques traces d'albumine. Une légère élévation de température se produisit pendant les attaques les plus aiguës, mais elle ne dépassait jamais 38 degrés. L'examen radiographique ne révélait pas l'ombre de calcul en aucun endroit de tractus urinaire. Il y avait cependant une aire distincte indiquant une très claire érosion transversale des surfaces articulaires adjacentes de la I^e et de la II^e lombaires du côté droit (le côté dans lequel

se manifestait toute la douleur). Les bords de cette aire corrodée étaient très nets. L'espace intervertébral n'avait pas diminué en étendue. Le détail de toute la structure osseuse du corps vertébral était très claire et aucun indice de l'envahissement tuberculeux n'a pu être remarqué. Les autres vertèbres paraissaient être tout à fait normales.

« A un examen radiologique ultérieur, fait plusieurs mois après, l'aire, qui était apparue précédemment claire, était à présent remplie d'une ombre irrégulièrement dense, pendant que les autres bords des vertèbres, précédemment arrondis et normaux, étaient à présent altérés et montraient d'une façon évidente une spondylite chronique. Il est bien probable que l'hématurie, ainsi que les douleurs, étaient causées par une érosion localisée des corps osseux vertébraux, envahissant aussi les tissus délicats voisins. Non seulement les tissus voisins suppuraient, mais aussi les petits vaisseaux sanguins et capillaires, qui étaient traumatisés sur une certaine étendue. Et il pouvait en résulter un épanchement sanguin, lequel pouvait transsuder à travers les parois de l'urètre et du sang était véhiculé dans la vessie, donnant une explication de l'hématurie remarquée par le malade. Avec le repos et l'immobilité les symptômes disparaissaient progressivement et le malade se rétablissait sans ressentir aucun retour pendant les dix-huit mois passés. »

Nous ne savons pas s'il ne coexistait pas une

lésion dans l'appareil urinaire et nous sommes obligés d'accepter l'explication de l'hématurie, rattachée par M. Blaine au mal de Pott. Mais nous ne voyons pas très bien comment le sang a pu passer à travers la paroi d'un urètre normal.

Quoi qu'estimant beaucoup l'examen radiologique, M. Blaine ne croit pas que les rayons X puissent à eux seuls faire le diagnostic complet, parce que certaines lésions de l'appareil urinaire ne peuvent être révélées que par la cystoscopie, par pyélo-urétérographie, etc., et c'est bien une opinion universellement admise.

L'examen radiologique est souvent insuffisant au début d'une tuberculose vertébrale, témoin le cas ci-dessous de M. Churchmann, où une tuberculose vertébrale au début avait le tableau clinique d'un calcul rénal. Il avait fait une décapsulation à la suite de laquelle le tableau clinique avait disparu pour réapparaître un certain temps après.

Nous nous demandons pourquoi cette disparition des troubles (observée dans plusieurs cas) après une opération, qui n'agit pas sur la véritable cause, puisque les symptômes réapparaissent un certain temps après. Il est probable que ce soulagement temporaire soit produit par le repos, exigé du malade pendant son séjour à l'hôpital, mais nous ne sommes pas sûrs que l'opération n'apporte pas par un autre mécanisme cette sédation des symptômes.

Obs. VII. — « Il s'agissait d'une femme, qui se plaignait de douleurs dans la région lombaire droite. Le siège des douleurs et leur association avec une légère augmentation de fréquence des mictions, donnait lieu de considérer le rein droit comme cause des troubles. Cet organe était palpable, mobile, non augmenté de volume et très légèrement sensible.

« L'examen cystoscopique révéla une vessie normale. On ne trouva dans l'urine ni pus, ni bacilles tuberculeux. Par les urètres on avait obtenu des deux côtés une urine pratiquement normale, bien qu'il eut quelques globules rouges dans l'échantillon du rein droit. A la radioscopie quelques ombres faibles suggéraient l'existence des calculs rénaux. L'une de celle-ci se plaçait dans l'ombre du rein, pendant que les autres semblaient plus rapprochées de la colonne vertébrale, ou bien le long du bord de la dernière côte au-delà de la limite du rein. Les faibles ombres se retrouvent semblables en caractères, sur une radiographie faite six mois plus tard, lors de la seconde entrée du malade à l'hôpital. Une pouvait passer pour un calcul du rein, mais d'autres certainement ne l'étaient pas.

« Mais ayant en vue les caractères des symptômes et le fait, que l'examen médical était négatif par ailleurs, la décision fut prise d'explorer le rein. J'ai récemment, dit M. Churchmann, enlevé un calcul rénal, à une malade qui avait passé quelque temps dans un autre hôpital, souffrant d'un vague malaise

dans la région lombaire, considéré comme d'origine ostéo-arthritique, le calcul ayant été complètement perdu de vue. Et sans doute l'influence de cette première opération a été pour beaucoup dans la décision opératoire du cas qui nous intéresse.

« Une lombotomie fut pratiquée avec exploration de tout l'organe. On sentait quelques petits nodules calcifiés dans la graisse péri-rénale. Le rein était presque de volume normal. Il ne semblait pas exister de calculs. Sur la base des observations de certains chirurgiens sur le fait, que les douleurs d'origine rénale peuvent être quelquefois soulagées par une décapsulation de la face postérieure du rein, j'en pratiquais une, cependant il n'y avait pas pour cela d'indication anatomique particulière. Le rein fut fixé à sa place. Quoiqu'il n'y eut pas de raison d'espérer un pareil résultat, tous les symptômes disparurent après l'opération; quatre semaines après la malade quittait l'hôpital heureuse dans l'âme et libre de douleurs.

« Six mois plus tard elle fut de nouveau admise, souffrant de violentes douleurs dans la région lombaire. Cette fois-ci, l'examen révéla une cyphose très prononcée au niveau de la première et de la deuxième lombaires. Une radiographie montra la destruction du premier disque intervertébral lombaire avec carie et fusion des corps. La supposition la plus naturelle était que cette lésion existait déjà lors du premier séjour à l'hôpital, mais qu'elle avait été perdue de vue. Mais l'examen des radiographies, revues avec

grand soin, ne permettait en aucune façon, de découvrir une lésion de tuberculose vertébrale.

« C'est évidemment un cas de tuberculose galopante de la colonne vertébrale, qui s'était manifesté au début avec des symptômes rénaux. Il est probable que les lésions du début de la tuberculose osseuse puissent être encore inaperçues à la radiographie, ou tout au moins que nous sommes actuellement incapables de les interpréter. Témoin cette première radiographie lors du premier séjour de la malade à l'hôpital. Mais il se peut aussi que, si nous avions dans ce cas porté la suspicion sur la colonne vertébrale, une étude des vertèbres plus détaillée nous aurait révélé des changements, que nous ne découvrîmes pas avec notre examen routinier. L'opération dans ce cas semble avoir donné un coup de fouet au processus tuberculeux. De toute façon le progrès de la maladie entre les deux entrées à l'hôpital fut rapide. »

M. Churchmann ne croit pas qu'il aurait trouvé une tuberculose vertébrale, même s'il avait pensé à elle, mais il pense qu'il est probable, que quelques contractures musculaires d'ordre réflexe, si souvent rencontrées dans l'ancienne tuberculose des os et des jointures auraient été découvertes.

Dans les observations qui précèdent, nous voyons que le mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire (car la dernière vertèbre dorsale topographiquement appartient à cette région), peut donner lieu à des

difficultés de diagnostic. C'est d'ailleurs très facile à expliquer anatomiquement par le voisinage du rein et de la région lombaire et ensuite par la migration des abcès, qui est ici conditionnée par la constitution anatomique de la gaine du psoas. Le décollement périostique prévertébral, pour laisser passer un abcès de la région dorsale moyenne dans la gaine du psoas, est une chose tellement rare, que l'on peut la considérer comme presque impossible. Par conséquent on pourrait penser que seul le mal de Pott dorso-lombaire pouvait simuler les affections rénales. Mais nous allons voir, dans une observation de MM. les D^{rs} Neukürch et Rottmann à Düsseldorf, qu'à la suite d'une gibbosité tuberculeuse dorsale, une lordose lombaire secondaire, par compression de la veine rénale, a donné lieu à une albuminurie, qui faisait penser à une néphrite ou à une tuberculose rénale. Et de nombreux examens ont permis de conclure qu'il ne s'agissait que d'une albuminurie cyclique orthostatique, provoquée indirectement par un mal de Pott dorsal, analogue à une albuminurie lordotique consécutive à une anomalie constitutionnelle de l'enfance. Nous ferons mieux de traduire l'observation.

Obs. VIII. — « Mlle S. S., 21 ans, couturière, avec antécédents héréditaires tuberculeux, a eu à l'âge de 17 ans une pleurésie, à l'âge de 18 ans elle remarque une saillie sur la colonne vertébrale de la grosseur d'un pois, de consistance ferme et très peu

douloureuse. En mars 1922 elle a été obligée de coudre très tard dans la nuit et c'est alors qu'elle constate l'augmentation de la coudure de la colonne vertébrale, accompagnée des douleurs dorsales et abdominales.

« Etat général bon. La musculature et le pannicule adipeux bien développés. La peau et les muqueuses ne présentent pas de signes d'une anémie. La colonne dorsale montre une cyphose très marquée. Les vertèbres depuis la VI^e et la VIII^e dorsale sont surtout proéminentes, fusionnées l'une à l'autre, épaissies et complètement soudées.

« La colonne lombaire présente une lordose très prononcée. Le point le plus profond de cette courbure lordotique correspond à la I^{re} vertèbre lombaire. A gauche, latéralement à la colonne vertébrale, juste au-dessous de la gibbosité, se trouve une tuméfaction, de la grosseur d'une pomme, rénitente, avec peut être un peu de fluctuation. Le thorax est de largeur moyenne, symétrique. Les deux hémithorax montrent une ampliation régulière pendant l'inspiration profonde. Rien aux poumons à la percussion et à l'auscultation. Cœur et pouls normaux, de même le système nerveux. Le Wassermann est négatif. Les urines: quand la malade garde le lit, les urines ne contiennent pas d'albumine. Dès que la malade se lève, l'albumine apparaît dans les urines, ainsi que quelques globules rouges, des cellules épithéliales, quelques cylindres hyalins et des rares leucocytes. La pression sanguine, mesurée

avec le régime ordinaire, ainsi qu'avec la diète stricte, est normale, mais aussitôt après la marche elle se montrait un peu plus élevée.

« La présence de l'albumine et des éléments du sédiment urinaire disparurent aussitôt que la lordose était corrigée (la malade dans le décubitus dorsal avec des coussinets posés sous la gibbosité et les fesses). On avait régulièrement recherché les corpuscules de Pollitzer. Les échantillons des urines recueillis dans la position assise, après la marche et dans la station debout ont tous réagit positivement ; surtout les échantillons obtenus dans la station debout ont donné la réaction la plus intense. Par contre, les urines recueillies après la réduction de la lordose ont donné une réaction négative.

« L'examen fonctionnel du rein d'après Strauss, au cours de la lordose et du repos au lit, a été fait. Le résultat de la fonction excrétoire pour l'eau et le sel, ainsi que le pouvoir de concentration des reins, était normal. Dans le sédiment on trouva quelques placards de cellules épithéliales pavimenteuses. Pas de bacilles tuberculeux. La pression sanguine était normale.

« Par contre, l'examen de la fonction rénale d'après Strauss, après la station debout et la marche, comparé avec les résultats précédents, montre un retard de l'excrétion de l'eau et du chlorure de sodium dès que la malade quitte le lit. Pour confirmer le diagnostic et exclure complètement l'existence d'une néphrite présente ou passée, ou d'une

tuberculose rénale, on fit le jour suivant le cathétérisme des uretères.

« Dans toutes les positions du corps, c'est toujours le rein gauche qui laisse passer l'albumine. Dès que l'on corrige la lordose (repos au lit), l'épreuve d'albumine des deux reins devient négative. Dans la position assise, l'albuminurie du côté gauche est assez importante et dans la position debout même très forte. Dès que la lordose s'accroît, la quantité des urines diminue ; si on corrige complètement la lordose, on constate une polyurie du côté gauche. La composition du sédiment urinaire change avec la position du corps : si la lordose est corrigée aucune altération, mais dans la position debout on trouve hématurie et cylindrurie. La recherche des bacilles de Koch reste constamment négative. La pyélographie au moyen de collargol ne montre aucun déplacement des bassinets et des uretères. L'inoculation d'urine obtenue par le cathétérisme urétéral des deux reins resta négative. Donc dans notre cas, il s'agit d'une *albuminurie lordotique, qui est très probablement provoquée par la stase dans la veine rénale gauche.*

« Pas de ptose, pas d'affections rénales. Des renseignements pris dans le sanatorium ou la malade a séjourné deux mois pour affection pulmonaire, ne donnent aucun symptôme, qui pourrait faire supposer que la malade à cette époque était déjà porteur d'une albuminurie arthostatique.

« La cyphose qui allait toujours en s'accroissant et

la lordose secondaire de la colonne vertébrale ont été remarquées par la malade seulement depuis douze semaines. Donc on est en droit de supposer que c'est seulement depuis ce moment que l'albuminurie est apparue. »

Nous avons vu jusqu'à présent des maux de Pott simulant des lésions rénales. Nous allons voir inversement des lésions rénales simulant des maux de Pott.

C'est un cas que nous avons observé dans le service de M. le professeur agrégé Chevassu. C'est une lithiase rénale, qui a été soignée pendant quatre ans, comme un mal de Pott, par immobilisation et corset plâtré.

Obs. IX. — M. X..., 26 ans, a été opéré d'appendicite à chaud à 9 ans, et réopéré pour « adhérences » deux ans plus tard. Il aurait eu en 1915 une méningite cérébro-spinale très grave « avec hématurie ». En 1918, il a été pris un jour « à la suite d'un rapport sexuel » d'une douleur très vive dans le testicule droit, sans augmentation de volume ni de consistance de ce testicule. Les douleurs restent vives au point d'empêcher presque le malade de marcher. Bientôt il s'y ajoute des douleurs lombaires. Finalement on porte le diagnostic de mal de Pott, et pendant quatre années consécutives, le malade est traité comme pottique, allongé en corset plâtré, par un médecin tout spécialement compétent en la matière.

Au bout de quatre ans, un autre médecin consulté, met en doute le diagnostic de mal de Pott, fait lever le malade, constate qu'il ne présente aucune altération médullaire, et que sa colonne vertébrale est normale à la radiographie. Le malade peut marcher, mais dès qu'il a marché un peu, il voit apparaître une douleur au niveau du testicule droit, qui continue d'ailleurs à rester normal d'aspect.

Depuis cette époque, le malade a subi, sans qu'on ait fait aucun diagnostic, tous les traitements possibles sur sa région testiculo-inguinale droite : courants électriques de toute espèce, diathermie ; on lui a même fait une injection de lipiodol dans le cordon. Il continue toujours à souffrir du testicule dès qu'il est debout et on a fort tendance à considérer le malade comme un pathoman.

C'est dans ces conditions qu'il est envoyé à M. Chevassu.

Celui-ci constate que les deux testicules sont absolument normaux d'aspect, de consistance, et même de sensibilité, lorsque le malade est couché.

Dès qu'il se met debout, le malade craint tellement l'apparition des douleurs, qu'il ne passe à la station verticale qu'à condition de soutenir son scrotum avec sa main. On peut cependant le lui faire abandonner un instant, et constater qu'il n'y a d'un côté ni de l'autre pas trace de varicocèle pas plus que de pointe de hernie.

L'examen complet du malade est par ailleurs à peu près négatif. Rien d'anormal au toucher rectal.

Urines limpides. Cependant le rein droit est perceptible. Une pareille douleur testiculaire, sans cause locale, doit toujours faire penser à la possibilité d'une névralgie testiculaire entretenue par une lésion réno-urétérale, et en particulier par un calcul. Or, dès qu'on l'interroge sur la possibilité de crises de coliques néphrétiques, le malade ne cache pas qu'il en a eu à plusieurs reprises, et que même il a récemment rendu un petit calcul. Mais il n'y attache pas d'autre importance, et il semble que la plupart de médecins, par les mains desquels ce malade a passé, avait ignoré ce côté de son histoire, auquel, bien que très préoccupé de sa santé, le malade ne paraît attacher aucune importance.

Interrogé dans ce sens, le malade raconte toute une nouvelle histoire, qui éclaire lumineusement les obscurités de la première. C'est pendant qu'il était soigné pour le mal de Pott, en 1922, qu'il a présenté une première crise caractéristique de coliques néphrétiques ; il a eu de nombreuses crises par la suite, toutes accompagnées d'une impossibilité momentanée d'uriner. Enfin en janvier 1924, après avoir présenté des éjaculations douloureuses et sanglantes il a rendu un calcul des dimensions d'un gros pois, tout à fait irrégulier, ayant les caractères d'un calcul oxalique.

Or, il se trouve que, parmi les nombreuses radiographies qui ont été pratiquées sur le malade, une d'elle, faite au niveau du bassin peu de temps avant l'expulsion du calcul, montre une tache nette en

zone urétérale, en dedans de l'épine sciatique, tout à fait dans la situation d'un calcul de l'extrémité inférieure de l'urètre.

Une nouvelle radiographie, faite cette fois spécialement pour l'examen de l'appareil urinaire par M. le D^r Maingot, a montré la disparition complète de toute tache anormale.

Le malade a donc eu manifestement un calcul de l'extrémité inférieure de l'urètre, à manifestations surtout génitales, comme il arrive fréquemment-génitales dès le début : les premières douleurs testiculaires sont apparues à la suite d'un rapport sexuel-et génitales jusqu'à la fin : la période d'expulsion a été précédée d'éjaculations sanglantes.

L'expulsion du calcul est trop récente pour qu'on puisse dire si sa disparition entraînera la cessation totale des douleurs testiculaires. Le malade a depuis tant d'années, la phobie de la douleur quand il est debout, et surtout quand il marche, qu'il hésite à pratiquer l'expérience qu'on lui demande de rechercher à reprendre une existence à peu près normale. Les choses en sont là à l'heure actuelle.

Rœderer à propos des douleurs lombaires attire l'attention sur les cas, où ces douleurs ont été rapportées à la colonne vertébrale, alors qu'elles traduisaient la présence d'un calcul urétéral ou du bassinet, voire une tuberculose rénale au début. « Les jours derniers, l'apparition d'une hématurie, chez une jeune pottique couchée depuis six mois,

nous jetait dans une grande perplexité (Rorderer) ». Il remarque qu'il faut se méfier du rein flottant.

La thèse d'agrégation de Puel renferme deux observations dans lesquelles une courbure rachidienne avec douleurs lombaires paroxystiques et vomissements fut prise pour un mal de Pott. Et dans ces deux cas il s'agissait tout simplement des calculs rénaux. La déformation du rachis était due à des contractures musculaires spasmodiques. Ces deux cas ont été observés par MM. Verneuil et Paulet et ont fait l'objet d'une communication à la Société de chirurgie (23 mai 1877). Après la lecture par M. Paulet de ces deux observations, la discussion a montré, que ces cas sont rares et très intéressants, et dans la conclusion faite on rattachait une grande importance à l'examen de l'urine.

C'était dans le temps où l'examen radiologique ne se pratiquait pas, mais un examen complet et minutieux avec examen chimique et histologique des urines permettait de poser le diagnostic exact, qui a été reconnu par le traitement approprié, tout à fait opposé au traitement de mal de Pott. Mais en réalité, dans la majorité des cas, on peut se trouver dans les pareilles conditions d'examen. Car encore actuellement il n'est pas toujours réalisable pour un malade d'avoir à sa portée non seulement des spécialistes, mais de bons spécialistes en radiologie et en urologie, pour fixer avec certitude les traitements si différents d'affections, dont les symptômes cliniques peuvent être si voisins.

Obs. X. — « A. L..., âgé de 12 ans, enfant délicat, un peu lymphatique, né de parents bien portants (j'ai su plus tard que la mère émettait assez souvent des urines très sédimenteuses). Dans le courant de l'été de 1874, A. L..., se plaint fréquemment de douleurs de ventre, d'estomac et surtout de reins ; il maigrit, devient pâle en même temps que sa colonne vertébrale semble s'incurver légèrement. On consulte le docteur B., qui, voyant les yeux de l'enfant cernés et ses pupilles dilatées, soupçonne la présence des vers intestinaux, et prescrit la santonine. Le docteur B. ajoute que, si la santonine ne détermine pas l'expulsion des parasites, c'est qu'il s'agit alors non plus d'une affection vermineuse, mais d'un mal de Pott, auquel cas on devra faire cesser à l'enfant toute espèce d'exercice, le condamner au repos absolu et le soumettre à un régime tonique, au lacto-phosphate de fer, etc.

« La santonine ne produisit aucun effet, et les parents de A. L... le conduisirent à l'un de nos plus illustres professeurs, qui diagnostiqua une scoliose et prescrivit l'huile de foie de morue, les dragées de Rabiteau, le lactophosphate de chaux, moyens auxquels devait être ajouté l'usage d'un corset baleiné.

« M. Verneuil fut consulté ensuite ; il ne constata ni mal de Pott, ni scoliose, mais il ne se prononça pas d'une façon formelle sur la nature de l'affection dans ce premier examen.

« Puis ce fut le tour de l'un de nos distingués con-

frères des hôpitaux, dont l'opinion fut sans doute qu'il s'agissait d'une carie vertébrale, car il prescrivit le repos, un régime fortifiant, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, l'eau de Bissang, les bains sulfureux.

« Enfin de consultation en consultation, on en vint à me demander mon avis, au mois de décembre de la même année. Je trouvais l'enfant pâle, ayant même une teinte terreuse et comme cachectique, avec un peu de bouffissure de la face. La portion dorsale du rachis était légèrement incurvée, avec concavité tournée à droite, mais on ne trouvait dans les autres régions aucune courbure de compensation. Saillie de la 1^{re} apophyse épineuse lombaire ; mais une pression énergique exercée tant sur cette apophyse que sur toutes les autres ne provoquait la moindre douleur en aucun point ; au contraire, une pression moins forte, portée sur les parties latérales de la région lombaire, déterminait une vive douleur plus accusée à droite qu'à gauche. En présence de ces symptômes et après avoir examiné soigneusement la cavité abdominale sans y trouver la moindre trace d'abcès par congestion, je n'hésitais pas à déclarer que l'enfant n'avait pas de mal de Pott ; seulement, je fus un peu plus embarrassé, je l'avoue, quand il s'agit de dire ce qu'il avait, et je demandais à revoir le petit malade en compagnie de M. Verneuil, avec qui je m'étais trouvé d'accord pour nier l'existence d'une carie vertébrale, et grâce à qui je comptais arriver à formuler un diagnostic positif.

« Dans cette seconde consultation, nous tombâmes bien vite d'accord pour éliminer toute affection du rachis, mais je restai encore indécis, lorsque M. Verneuil, appelant mon attention sur le caractère particulier de la douleur lombo-abdominale, me dit que nous pourrions bien avoir affaire à une maladie des reins, et m'engagea en conséquence à examiner les urines, tant au point de vue chimique, qu'au point de vue histologique. Je procédai dès le lendemain à cet examen, et voici ce que je constatai :

« L'urine était trouble, jumentouse. Après l'avoir abandonnée au repos pendant trois quart d'heure environ, elle laissa déposer un sédiment extrêmement abondant, représentant à peu près le cinquième de la quantité que l'on m'avait envoyée. La partie liquide, examinée après décantation, avait une coloration normale, sans teinte particulière ; elle était fortement acide et d'une densité relativement élevée (1.026) ; elle ne contenait ni sucre ni albumine. Quand au dépôt, il était entièrement constitué par des urates.

« Cette fois le diagnostic n'était plus douteux, il s'agissait bien là d'une lithiase urique, et les vives douleurs, dont l'enfant se plaignait de temps à autre n'étaient que des coliques néphrétiques.

« Le traitement était tout indiqué ; nous prescrivîmes l'exercice, la gymnastique, un régime peu azoté, les bains alcalins et l'eau de Contrexéville. Sous l'influence de ces moyens, l'amélioration ne se

fit pas attendre, les urines devinrent limpides, les crises douloureuses diminuèrent d'intensité, puis disparurent définitivement ; enfin je cessai de voir le petit malade au mois de mars 1875, le considérant comme à peu près guéri, et après avoir recommandé aux parents de le conduire à Contrexéville.

« Je l'ai revu au mois d'avril dernier, c'est-à-dire deux ans après ma dernière visite, la guérison ne s'est pas démentie, la taille s'est redressée, les douleurs rénales n'ont plus reparu, et l'on peut dire que l'enfant se porte bien autant que possible ».

Obs. XI. — « Fernand L..., âgé de 11 ans, lymphatique, sans manifestations strumeuses, actuellement obèse, né d'un père rhumatisant : plusieurs névralgies sciatiques, entéralgies et diarrhées fréquentes, migraine, douleurs musculaires et articulaires ; et d'une mère également arthritique : névralgies intercostales, diarrhées rebelles, urines chargées d'urates, coliques néphrétiques.

« L'enfant a eu, à l'âge de 6 ans, des douleurs de reins qui l'ont forcé de garder le lit pendant une quinzaine de jours.

« Il a été traité à cette époque par des applications irritantes, comme pour une douleur rhumatismale.

« Ces accidents ne reparaissent que 3 ans plus tard, vers le mois de janvier 1875.

« Les douleurs sont très violentes. L'enfant se rappelle et me raconte qu'en classe *il se tordait sur son banc*.

« Il maigrissait, il avait peine à marcher longtemps. On s'aperçoit *qu'il se tient mal*.

« Le traitement consiste, comme la première fois en emplâtres, liniments excitants, etc.

« En juin 1875, le père du malade, inquiet de la persistance de l'affection, de l'amaigrissement, de la déviation de la taille de son fils, écrit au médecin du collège d'examiner son enfant nu.

« Le Dr M. se rend à cette demande, et répond immédiatement qu'il faut venir chercher le malade sans retard et le conduire chez le Dr B., disant qu'il a constaté une déviation de la colonne vertébrale, causée par une affection osseuse avec saillie des deux apophyses épineuses.

« On consulte le Dr B., qui affirme l'existence du mal de Pott, ordonne un repos absolu, des phosphates, une alimentation fortement tonique, un corset, etc.

« Le Dr de S., consulté presque en même temps, porte le même diagnostic, et indique un traitement semblable, à cette différence près, que le repos qu'il impose est un peu moins sévère que dans la consultation du Dr B.

« C'est à cette époque que je vois l'enfant pour la première fois. Je constate aisément la déviation de la colonne vertébrale vers la gauche, et la saillie des deux dernières dorsales.

« La pression sur les vertèbres n'était pas douloureuse et ne l'a jamais été. Les douleurs spontanées étaient peu vives, mais la faiblesse était grande

ainsi que la difficulté de la marche et même de la station debout.

« Tout en rassurant les parents et en leur faisant espérer qu'il ne s'agissait pas du mal de Pott, j'avoue que, devant l'autorité des deux chirurgiens, qui avaient donné leurs avis, je restais fort perplexe. N'ayant pas assisté à une attaque de douleur vive, je ne savais à quoi attribuer le mal, et la seule pensée qui me vint, était que nous avions affaire à une déviation par contracture musculaire. L'enfant fut réduit à l'immobilité et resta couché presque absolument pendant dix-huit mois.

« Il n'eut pas de douleurs tout ce temps, et engraisa peu à peu. Son appétit se maintint excellent. On le conduisit plusieurs fois chez le docteur B.. La déviation semblait s'atténuer peu à peu, ce que l'honorable chirurgien attribuait au traitement.

« En décembre 1876, sans cause appréciable, survinrent de nouvelles douleurs, d'abord sourdes, et qui augmentaient lorsqu'on promenait l'enfant en voiture, seul exercice qui lui fut permis.

« Le docteur B. attribua le retour des accidents à un relâchement dans le régime, qu'il avait prescrit et maintint son diagnostic. Les douleurs, malgré un repos plus rigoureux que jamais, durèrent tout le mois.

« On m'appela vers la fin de décembre. J'examinai l'enfant, je constatai de nouveau l'insensibilité des vertèbres proéminentes, l'absence de douleurs

ou de gonflements dans les fosses iliaques, et j'attribuai le mal à des coliques néphrétiques. J'ordonnai l'eau de Contrexéville, et je parlai des bains qu'il serait utile de commencer bientôt, malgré la prescription formelle du docteur B.

« Les douleurs diminuèrent assez rapidement.

« On me rappela vers la fin de janvier 1877. L'enfant souffrait horriblement. Il ne pouvait faire aucun mouvement, il avait perdu entièrement l'appétit et le sommeil.

« J'affirmai de nouveau et résolument le diagnostic de coliques néphrétiques ; je prescrivis l'eau de Contrexéville à prendre d'une façon régulière, l'application de chloroforme sur les reins et devant l'hésitation anxieuse de la famille, décidé cette fois à rechercher un arbitrage sans réplique, je priai M. le professeur Verneuil de venir examiner mon malade.

« La consultation eut lieu le 24 janvier.

« M. Verneuil fait asseoir l'enfant dans son lit, ce qui fut difficile à obtenir, et causa de grandes souffrances au petit malade : le moindre mouvement le faisait gémir.

« La palpation des reins, du rein gauche surtout, donna un résultat saisissant : l'enfant poussait un cri à la moindre pression. Inversement, aucune douleur aux apophyses épineuses, pas plus qu'en avant dans la profondeur des fosses iliaques.

« A la suite de cet examen M. Verneuil affirma que la colonne vertébrale était intacte, et que tout le mal venait des reins, du rein gauche surtout. Qu'il

fallait donc cesser immédiatement tout traitement d'un prétendu mal de Pott, et qu'après l'examen des urines (je ne trouvais à l'analyse que des urates), il fallait instituer le traitement de la lithiase existante.

« Il me conseilla de faire des injections hypodermiques de morphine, de continuer les applications de chloroforme, l'eau de Contrexéville, de commencer les bains alcalins, l'eau de Vichy s'il s'en présentait l'indication spéciale après l'analyse, d'interrompre le régime tonique de l'enfant et de lui faire faire des promenades progressives aussitôt que possible et des exercices gymnastiques après la cessation de l'accès.

« Les douleurs vives cédèrent rapidement. La gêne persista pendant une quinzaine et durait encore lorsque M Verneuil revint au bout de ce temps.

« Cette fois il amenait avec lui M. le professeur Paulet. Ils avaient été déjà témoins ensemble d'un cas semblable.

« J'ai revu le petit malade. Il va rentrer au collège. Il ne porte plus de corset. Sa taille est à peu près redressée, l'urine est claire, l'obésité causée par l'immobilité diminue peu à peu.

« Le traitement est continué avec des repos de plus en plus longs. »

CONCLUSIONS

De toutes ces observations nous voyons qu'il existe, entre le mal de Pott et certaines affections de l'appareil urinaire, une communauté de symptômes qui rend parfois très difficile leur diagnostic différentiel. En résumant les observations, nous sommes frappés tout d'abord de constater qu'un mal de Pott est beaucoup plus facilement pris pour une lésion rénale, qu'une affection rénale pour un mal de Pott. Nous avons, en effet, d'un côté 18 cas : ce sont les observations : I, II, III, 4 observations de Cappelle et 1 d'Andrieu, IV, 2 observations de Røederer, V, 4 observations de Blaine, VII et VIII, et de l'autre seulement 3 cas : ce sont les observations : IX, X et XI. Ceci tient très probablement à la symptomatologie très polymorphe du mal de Pott au tout début, pour lequel n'existe aucun symptôme pathognomonique. La radio, l'examen clinique, la ponction lombaire, souvent ne donnent pas assez de symptômes pour assurer un diagnostic ferme. Au contraire du côté rénal, l'examen et la physiologie du rein, sont peut-être de tous les organes les mieux connus.

Nous rapportons plusieurs observations de ces diagnostics difficiles.

Une névralgie lombo-iliaque, à irradiations testiculaires, longtemps traitée comme un mal de Pott, et finalement rattachée à un calcul de l'extrémité inférieure de l'uretère (obs. IX).

Une névralgie lombaire, avec perception d'une masse vague sous-hépatique donnant un peu l'impression d'un rein. Les examens urologiques éliminent toute affection urinaire. La radiographie montrait une ombre légère semblant appendue au pôle inférieur du foie. Rien d'anormal à la colonne vertébrale. La malade, venue six mois plus tard, a un double abcès par congestion, descendant dans chaque gaine du psoas, mais la radiographie de sa colonne vertébrale reste négative et ses réflexes sont normaux (obs. II).

Un abcès par congestion survenu dans la fosse iliaque gauche d'un sujet néphrectomisé six mois auparavant pour tuberculose du rein droit. Le malade est suivi depuis un an et demi. La colonne vertébrale est toujours souple, sans lésion radiographique visible. Le diagnostic de mal de Pott reste encore incertain (obs. III).

Un abcès par congestion présentant, chez un pot-tique avéré, de tels caractères cliniques, qu'il simulait à s'y méprendre un volumineux rein gauche. Tel abcès était développé à la face profonde de la paroi lombo-abdominale, et semble n'avoir pu prendre ce développement exceptionnel que parce que la voie inférieure était sclérosée du fait de la guérison préalable d'un premier abcès de la gaine du psoas (obs. I).

Mal de Pott pris pour une pyélo-néphrite et ablation d'un rein (obs. V).

Une lordose lombaire, compensatrice d'un mal de Pott dorsal, donnant une albuminurie mécanique, qui a fait penser à une néphrite ou à une tuberculose rénale (obs. VIII).

Névralgies pottiques prises pour une lithiasie rénale (obs. VII).

Ces observations de différents types représentent chacune une forme clinique spéciale. Les autres observations se rapprochent de l'un ou de l'autre de ces cas.

Nous voyons que les difficultés de diagnostic tiennent à ce que le symptôme douleur peut être rattaché soit à un mal de Pott, soit à une lithiasie, mais l'irradiation génito-périnéale de ce dernier en couvre toute sa valeur.

Nous avons vu aussi que quelquefois la contraction musculaire réflexe d'une douleur rénale pouvait entraîner une déformation à simuler une tumeur.

Enfin la radiographie nous est d'un grand secours ; — mais cependant ne donne pas toujours une certitude, principalement quand elle est négative. Le calcul n'étant pas aperçu aux rayons, la lésion vertébrale du tout début n'étant pas perceptible, d'autant plus que la lésion est minime, plus la recherche doit être minutieuse ; et souvent un diagnostic préconçu empêche les investigations de se poursuivre avec la même intensité d'un autre côté, et la radiographie et les interprétations d'un cliché de la

colonne vertébrale, ou de l'appareil urinaire, sont choses extrêmement délicates, œuvre seule des spécialistes.

Nous notons aussi, que quelquefois nous nous sommes servis dans nos examens, de l'injection sous l'écran de liquide de Calot, qui est opaque, pour essayer de découvrir l'origine d'une lésion.

La variabilité des résultats donnés par ces différentes méthodes d'examen rend compte de l'extrême difficulté de diagnostic dans les cas semblables.

Il nous paraît guère possible d'indiquer les symptômes différentiels. Un examen méthodique et complet du malade a pu permettre d'éviter une erreur. Mais il n'en est pas toujours ainsi et à plusieurs reprises des interventions injustifiées ont été pratiquées.

Même lorsque l'erreur de diagnostic ne conduit pas à un acte chirurgical inutile, elle a pour conséquence de différer le traitement approprié, dont la précocité est la seule garantie de réussite.

Vu : le Président de la thèse,

P. DELBET

Vu : Le Doyen,

ROGER

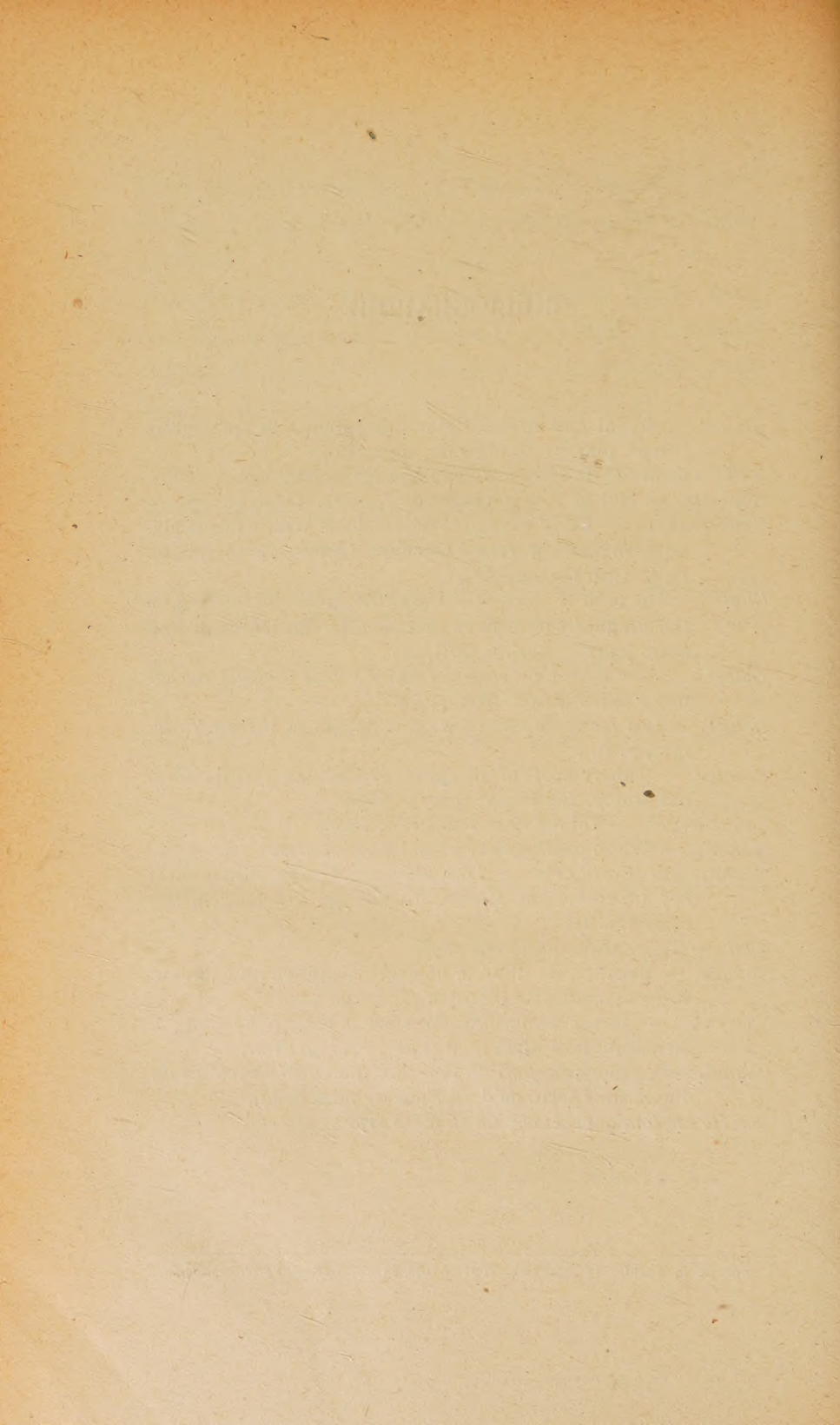
Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Blaine.* — Renal and ureteral stone symptômes in spondylitis (Amer. journal Röntgenol., 1917, 122).
- Bull. et mem. de Société de chirurgie*, 1877, p. 351.
- Cappelle.* — Mal de Pott lombaire de l'adulte. Thèse en 1920.
- Churchmann.* — Early vertebral tuberculosis with clinical picture suggesting renal calculus (Amer. Rev., tuberc. Balt., 1920-1921, p. 288).
- Chute.* — The pain of osteo-arthritis of the spine ; its bearing on the diagnosis of urinary disease (The Boston med. and surg. journal, 1904, p. 563).
- Delbet.* — Diagnostic précoce du mal de Pott (Leçons de clinique chirurgicale, 1899, p. 93).
- Delbet.* — Les maux de Pott (Rev. gén. de clin. et thérap. Paris, 1923, p. 19).
- Foerter.* — Tuberculosis of the spine resembling pyelitis (Journal urolog. Baltimore, 1920, p. 559).
- Lannelongue.* — Tuberculose vertébrale, 1888.
- Menard.* — Etude pratique sur le mal de Pott, 1900.
- Neukürch et Rottmann.* — Lordotische zyklische albuminurie bei tuberculösem Gibbus (Klinische Wochenschrifte, 1922, p. 553).
- Puel.* — Thèse d'agrégation en 1878.
- Ranque.* — Réaction du liquide céphalo-rachidien au cours de la pachyméningite pottique. Thèse en 1911.
- Roederer.* — Quelques considérations sur le diagnostic clinique du mal de Pott (Bull. méd. Par., 1923, p. 229).
- Roquel.* — A propos du mal de Pott ; de quelques difficultés de diagnostic (Arch. méd., d'Angers, 1917, p. 30).
- Société anatomique*, séance du 15 mars 1878.



THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine